X kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 14)
z dnia 9 maja 2024 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 14)

9 maja 2024 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posłanek: **Joanny Borowiak (PiS)**, przewodniczącej Komisji, oraz **Alicji Chybińskiej (KO)**, zastępczyni przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki geriatrycznej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Wojciech Konieczny** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Magdalena Fabisiak** dyrektor Departamentu Pomocy Społecznej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Marcin Miernicki** p.o. kierownik Sekcji Opieki Długoterminowej, Paliatywnej i Hospicyjnej oraz Stomatologicznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Agnieszka Dobrzyńska** konsultant w Głównym Urzędzie Statystycznym, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów wraz ze współpracownikami, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich, **Krystyna Lewkowicz** oraz **Anita Richert-Kaźmierska** – stali doradcy Komisji.

W posiedzeniu udział wzięła pracownica Kancelarii Sejmu **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dzień dobry. Otwieram posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Witam serdecznie państwa posłów i witam naszych gości. Serdecznie witam pana Wojciecha Koniecznego, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Witam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Głównego Urzędu Statystycznego i Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam serdecznie stałe doradczynie Komisji, nasze panie ekspertki, panią Krystynę Lewkowicz oraz panią dr inż. Anitę Richert-Kaźmierską. Witam serdecznie wszystkich obecnych gości.

Szanowni państwo posłowie, stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Raz jeszcze serdecznie wszystkich witam.

Wszyscy państwo posłowie otrzymali zawiadomienia o posiedzeniu. Czy są pytania do porządku dziennego? Nie ma pytań.

Zatem stwierdzam przyjęcie porządku dziennego. W porządku dziennym posiedzenia Komisji mamy rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępności do opieki geriatrycznej.

Przystępujemy do realizacji porządku. Panie ministrze, uprzejmie proszę o przedstawienie informacji.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, jeśli chodzi o liczbę i strukturę ludności w wieku 60. lat i więcej, w 2022 r. obserwowano kontynuację procesu starzenia się ludności w Polsce. Na koniec 2022 r. liczba osób w wieku 60. lat i więcej wynosiła 9,8 mln i w stosunku do roku poprzedniego zwiększyła się o 0,7%. Udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski osiągnął poziom 25,9%, co oznacza wzrost o 0,2% w porównaniu do roku poprzedniego. W 2060 r. w Polsce ma mieszkać 11,9 mln osób starszych, tj. o 21% więcej niż w 2022 r., co będzie stanowiło 38,3% ogółu ludności. Jeszcze raz przypominam, że przewidujemy, że w 2060 r. będzie o 21% więcej osób starszych. Wśród seniorów – podob-

nie, jak w całej populacji – przeważają kobiety. W 2020 r. udział kobiet w zbiorowości osób starszych wynosił 58,1%.

Jeśli chodzi o przeciętne dalsze trwanie życia, umieralność i to, co przewidujemy w najbliższym czasie, wygaszanie pandemii COVID-19, spowodowało spadek współczynnika zgonów wśród seniorów i wzrost przeciętnego dalszego trwania życia. W 2022 r. w Polsce zmarło 388 tys. osób w wieku 60. lat i więcej. Odsetek zgonów tych osób w ogólnej liczbie zgonów wynosił 86,5%. W 2022 r. przewidywane przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 73,4 roku, natomiast płci żeńskiej 81,1. W przypadku kobiet było to 1,4 roku więcej niż rok wcześniej, natomiast w przypadku mężczyzn 1,7. Czyli w tej chwili przewidywana średnia wzrosła w porównaniu z tym, co obserwowaliśmy w czasie pandemii, do 73,4 i 81,1 roku życia. Aktywność zawodowa osób starszych w 2022 r. kształtowała się na podobnym poziomie, jak rok wcześniej. W analizowanym roku 7,8 mln osób, tj. 84,3% osób w wieku 60-89 lat było biernych zawodowo. Liczba osób w tym wieku aktywnych zawodowo wynosiła prawie 1,5 mln. Współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku 60-89 wynosił 15,7%, a wskaźnik zatrudnienia wśród seniorów kształtował się na poziomie 15,5%.

Podstawowym źródłem utrzymania gospodarstw domowych składających się wyłącznie z osób w wieku senioralnym są dochody ze świadczeń społecznych. W 2022 r. stanowiły one 84,3% dochodu rozporządzalnego na jedną osobę w tych gospodarstwach. Przeciętna miesięczna emerytura i renta brutto wypłacane z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych kształtowały się na poziomie 2870 zł i wzrosły nominalnie o 9,4% w stosunku do 2021 r., a wypłacane przez KRUS osiągnęły wartość 1501 zł. To jest wzrost o 5,0%. W 2022 r. wśród gospodarstw złożonych wyłącznie z osób w wieku 60. lat i więcej – podobnie, jak w przypadku gospodarstw osób młodszych – odnotowano pogorszenie subiektywnej oceny sytuacji materialnej. Jednak nadal przeważały oceny dobre lub raczej dobre nad złymi lub raczej złymi. Dobrą lub raczej dobrą sytuację materialną deklarowało 38,7% gospodarstw domowych złożonych wyłącznie z osób starszych, co oznacza spadek tego odsetka w stosunku do roku poprzedniego o 3,5%. Zła lub raczej zła sytuacja materialna była wskazana w przypadku 8,4% gospodarstw seniorów, wobec 7,3% w roku poprzednim. W 2022 r. odnotowano poprawę w zakresie wyposażenia mieszkań osób starszych w większość instalacji sanitarno-technicznych.

Według Światowej Organizacji Zdrowia geriatria to specjalistyczna dziedzina medycyny, która zajmuje się zdrowiem i chorobami oraz opieką i pomocą osobom w podeszłym wieku. Geriatria poprzez działania profilaktyczne jest w stanie zapobiegać przedwczesnej niesprawności osób starszych lub ją ograniczać, a poprzez całościową ocenę proponować bardziej subiektywne i ekonomicznie uzasadnione postępowanie w specyficznych chorobach oraz szczególnych problemach podeszłego wieku we współpracy zespołowej praktyków geriatrycznych. Ocena geriatryczna, poza diagnostyką i leczeniem potencjalnie odwracalnych problemów medycznych obejmuje działania na rzecz utrzymania a nawet poprawy stanu funkcjonalnego, przy zachowaniu podstawowej zasady, którą jest poprawa jakości życia wobec zagrożeń zdrowotnych i środowiskowo-socjalnych.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, że seniorzy są bardzo niejednorodną grupą, zarówno pod względem fizycznym, psychicznym, jak i społecznym. Osoby starsze charakteryzują się odmiennymi potrzebami zdrowotnymi oraz wymagają zróżnicowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Nie każda osoba po 60. roku życia wymaga specjalistycznej opieki geriatrycznej. Zgodnie z definicją ustaloną przez Sekcję Geriatryczną Europejskiego Towarzystwa Lekarskiego pacjent geriatryczny to osoba z typową wielochorobowością w wieku podeszłym, najczęściej mająca ponad 70 lat lub każda osoba w wieku powyżej 80. lat i więcej ze względu na związane z wiekiem zwiększone ryzyko wystąpienia złożonych patologii, m.in. w wyniku znacznego ryzyka wystąpienia powikłań i poszczególnych zespołów chorobowych. Z dniem 1 stycznia 2024 r. weszła w życie ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej. Projekt został złożony przez prezydenta RP. Jednym z celów ustawy jest zapewnienie działań profilaktycznych i promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb osób starszych, w tym mających na celu zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności tych osób.

Przewiduje się, że perspektywa rozwoju geriatrii, w szczególności tworzenie nowych oddziałów geriatrycznych i centrów zdrowia 75+, powinna wpływać zachęcająco na absolwentów uczelni medycznych do podejmowania specjalizacji w dziedzinie geriatrii. Trzeba sobie powiedzieć, że jednak ta ustawa – zgłoszona w zeszłym roku – niesie za sobą bardzo dużo błędów. Ta ustawa dzieli opiekę geriatryczną na opiekę przed 75. rokiem i po 75. roku życia, co samo z siebie jest dość nielogiczne. Inne rozwiązania prawne – np. leki 65+ – wskazują na to, że inaczej rozumiemy potrzeby osób w podeszłym wieku. Także inaczej definiujemy to pojęcie. Dzielenie osób w wieku podeszłym, a w związku z tym także różnicowanie dostępności do ochrony zdrowia jest – jak wskazywali prawnicy, którzy analizowali ówczesną ustawę – w swej zasadzie niezgodne z konstytucją. W związku z tym w tej chwili w Ministerstwie Zdrowia pracujemy nad zmianami tej ustawy. Nad tym, żeby doprowadzić do tego, żeby ta ustawa była zgodna zarówno z konstytucją, jak i z innymi przepisami, które określają, kto jest osobą w wieku podeszłym. Które to definiują i określają, jak powinna wyglądać opieka nad tymi osobami. Poza tym ta ustawa abstrahuje od warunków, w których jest prowadzona opieka geriatryczna. Zakłada obecność o wiele większej liczby specjalistów…

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam bardzo, panie ministrze. Państwo posłowie dyskutują zapewne o tej informacji. Dyskusja jest ożywiona, ale proszę uprzejmie o jeszcze chwilkę cierpliwości.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Ustawa zakłada obecność w systemie o wiele większej liczby lekarzy, psychologów i osób wyszkolonych do opieki nad osobami w wieku podeszłym, żeby można było stworzyć centra opieki 75+ nie ogołacając w tym czasie istniejących oddziałów i poradni geriatrycznych oraz oddziałów internistycznych, które zajmują się osobami w wieku starszym, jak i innych oddziałów. Biorąc pod uwagę tematykę pracy państwa Komisji trzeba sobie powiedzieć, że wyszczególnienie geriatrii jako jedynej specjalizacji, która zajmuje się osobami w wieku podeszłym, jest z gruntu fałszywe. Jest wiele innych specjalizacji, jak np. właśnie interna czy neurologia, które z definicji zajmują się osobami w wieku podeszłym. Chociaż może nie z definicji, tylko z praktyki, gdyż większość takich chorób rozwija się właśnie w tym wieku. Ustawa o geriatrii 75+ zupełnie nie uwzględniała tych aspektów, w związku z czym jej wprowadzenie było oceniane prawie rok temu jako właściwie niemożliwe do przeprowadzenia. Uważam, że w dalszym ciągu możemy powiedzieć, że jeżeli tej ustawy nie zmienimy i będziemy ją utrzymywać w obecnym kształcie, to jej wprowadzenie w życie będzie bardzo trudne, jeśli nie niemożliwe, przynajmniej w tym okresie, który został wskazany.

Generalnie większość rozwiązań zawartych w tej ustawie ma wejść w życie czy ma zacząć dawać efekty po ok. 5 latach po wprowadzeniu tej ustawy, co wydaje się czasem zbyt krótkim, gdyż w tym czasie nie zdołamy wyszkolić takiej liczby personelu, żeby podzielić geriatrię na geriatrię przed 75. rokiem i po 75. roku życia. Poza tym jest to ustawa, która zawiera w sobie pewien element nielogiczności, gdyż przewidywana długość życia mężczyzn w Polsce wynosi poniżej 75 lat, w związku z czym większość mężczyzn nie będzie objętych tą ustawą. Ponadto jej zadania, czyli zarówno leczenie, jak i profilaktyka osób w wieku podeszłym powinny dotyczyć jednak osób młodszych, tzn. osób ok. 60. roku życia czy 65. roku życia. Wielochorobowość, z którą mamy do czynienia, która nasila się ok. 70. roku życia, ma jednak swoje źródła wcześniej. Takie rozróżnianie, że jest granica 75. roku życia, kiedy coś się dzieje, jest również pozbawiona elementów medycznych czy – powiedzmy – walorów medycznych w podejściu do pacjenta jako osoby, która żyje i starzeje się z roku na rok, a nie tylko od 75. roku życia.

Tak, że musimy sobie powiedzieć, że z tą ustawą jest problem. Oczywiście, w tej chwili w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace, aby doprowadzić do takiej sytuacji, w której poprawimy opiekę geriatryczną i doprowadzimy do tego, żeby pacjenci powyżej 75. roku życia, jak również poniżej byli nią objęci mniej więcej w podobny sposób. Oczywiście, jeżeli chodzi o opiekę długoterminową, to tutaj identyfikujemy wszystkie problemy nie tylko w Ministerstwie Zdrowia. Jest współpraca z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, aby opracować rozwiązania pozwalające na zwiększenie

dostępu do świadczeń i usług opieki długoterminowej. Obecnie opieka długoterminowa też ulega przemianie. Ta przemiana była wpisana do „kamieni milowych". To jest pewne połączenie opieki długoterminowej z pomocą społeczną. Takie proste połączenie również wydaje się bardzo trudne do przeprowadzenia, ale jest to przedmiotem prac w Ministerstwie Zdrowia, jak również w nowo tworzonym ministerstwie. Na pewno ta współpraca będzie się posuwać w kierunku lepszej współpracy między częścią pomocy społecznej, a generalnie opieką długoterminową w oddziałach długoterminowych, w zakładach opiekuńczo-leczniczych czy poradniach, które temu podlegają. Tak że jest realizowany program przy wsparciu Banku Światowego w ramach Krajowego Planu Odbudowy, żeby ten „kamień milowy" i tę przemianę zrealizować.

Proszę państwa, może jeszcze – żeby zbyt długo nie przedłużać – powiem, jak wygląda geriatria finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jeżeli chodzi o liczbę leczonych pacjentów. Może przedstawię takie dane. W 2020 r. obserwowano spadek liczby leczonych pacjentów w stosunku do roku poprzedniego. Oczywiście, to było spowodowane pandemią COVID-19. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej był wówczas spadek o 19%, a w ramach leczenia szpitalnego o 38%. To było spowodowane ograniczeniem realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z wiadomych przyczyn, już podanych. Następnie obserwuje się wzrost liczby pacjentów w każdym roku.

W 2021 r. – w stosunku do 2020 r. – w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej leczyło się o 7% pacjentów więcej, natomiast w lecznictwie szpitalnym o 5% więcej, więc ten wzrost jeszcze nie był duży. W 2022 r. ten wzrost wynosił już w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej 12%, natomiast w przypadku leczenia szpitalnego 34%. W 2023 r. również obserwowano wzrost liczby pacjentów objętych opieką w stosunku do roku poprzedniego o 19% w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i o 20% w przypadku leczenia szpitalnego. Ponadto liczba leczonych pacjentów w 2023 r., zarówno w ramach leczenia ambulatoryjnego – o 16% więcej – jak i szpitalnego – o 5% więcej – po raz pierwszy od 2021 r. przewyższyła liczbę pacjentów leczonych w 2019 r. Możemy powiedzieć, że w 2023 r. zaobserwowaliśmy wzrost w stosunku do tego, co działo się przed pandemią. To świadczy o odrodzeniu opieki geriatrycznej i o utrzymaniu potencjału.

Oczywiście, jeżeli chodzi o województwa, to mamy województwa o stosunkowo dużej liczbie oddziałów geriatrycznych i poradni oraz województwa, w których te świadczenia są udzielane w mniejszej liczbie. Przoduje tu województwo śląskie, województwo małopolskie, województwo mazowieckie, województwo poznańskie i województwo łódzkie. Natomiast w województwach północnych i wschodnich obserwujemy mniejszą liczbę tych świadczeń. Właściwie z roku na rok – pomimo wzrostów, które obserwujemy – te różnice się utrzymują.

Reasumując, w Ministerstwie Zdrowia – oczywiście – zdajemy sobie sprawę z sytuacji, w której dochodzi do starzenia się społeczeństwa i do powstawania wielochorobowości. Mamy dużo projektów, które mają oddziaływać na chorych czy na potencjalnie chorych w tym wieku, ale również kładziemy duży nacisk na profilaktykę. Zarówno na profilaktykę pierwotną, jak i na wtórną. Czyli na to, żeby – jeżeli już wystąpi jakaś choroba – ona nie postępowała i ewentualnie, żeby nie doszło do jakiegoś kolejnego incydentu naczyniowego. Żeby ewentualnie czas, który pacjent spędzi w zdrowiu czy we względnym zdrowiu, był jak najdłuższy.

Wśród wielu priorytetów Ministerstwa Zdrowia i przemian, które obserwujemy, niewątpliwie wzrost liczby pacjentów w podeszłym wieku będzie wyzwaniem dla systemu. Będziemy musieli się z tym zmierzyć zarówno, jeżeli chodzi o opiekę geriatryczną, jak i o POZ, o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i o inne oddziały szpitalne. Jak wspominałem, osoby w wieku podeszłym są w większości oddziałów przodującą liczbą pacjentów i tak na pewno pozostanie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze, za przedstawienie nam informacji. Rzeczywiście bardzo ważne jest poszukiwanie i tworzenie koncepcji opieki zdrowotnej nad osobami w wieku senioralnym. Przed chwilką zamieniłam dwa zdania z panią profesor Chybicką, że jednak ścierają się różne koncepcje opieki nad osobami w wieku senioralnym. Jedni

twierdzą, że to powinni być doskonale wyszkoleni lekarze geriatrzy. Druga koncepcja jest taka, że wystarczy lekarz rodzinny. Pan minister mówił, że spotykamy się już w wieku senioralnym – chociaż wspomniał pan nawet o wieku podeszłym, a to też musimy rozgraniczyć – z wielochorobowością. Myślę, że do wielochorobowości przyczynia się polipragmazja polekowa, czyli nadmierne wypisywanie leków, które czasami wzajemnie się zwalczają. Seniorzy czasami otrzymują po kilkanaście takich leków. To chyba też nie jest dobre. Cieszy mnie to, że u pana ministra jest wola poszukiwania takiej koncepcji, bo rzeczywiście od pewnego czasu próbujemy się z tym zmierzyć, ale pomimo wszystko nie do końca się to udaje.

Chociaż, jeśli chodzi o liczbę lekarzy, to chcę tylko przypomnieć o liczbie uczelni medycznych. W latach 2015-2016 było ich 15. W 2022 r. już 22, a w 2023 r. jeszcze więcej. Dzięki temu bardzo znacząco, bo prawie do 45 tys. wzrosła liczba przyszłych lekarzy w 2022 r. Zabiegaliśmy o to, żeby powstawały właśnie uczelnie medyczne, żeby były otwierane kierunki medyczne, żeby mogli się kształcić studenci, bo brakuje nam lekarzy. Inną kwestią jest to, że należy znaleźć jakiś mechanizm – nie wiem, czy to będzie mechanizm – ale sposób na to, bo zapewne mechanizm jednak nie, żeby studenci wybierali specjalizację w kierunku geriatrii, żeby do tego zachęcać. Jak zachęcić? Myślę, że to jest wciąż mimo wszystko, bo mamy więcej lekarzy geriatrów… Ale nie ma ich tylu, ilu byśmy chcieli, żeby było. Społeczeństwo się starzeje, a lekarzy geriatrów nie przybywa aż tak wielu, jak potrzeba. To nie jest proporcjonalne do potrzeb.

W ubiegłym roku przeznaczyliśmy 6% PKB na wydatki na zdrowie. Ten budżet się podwoił, ale – jak widać – to jest wciąż niewystarczające. Na pewno im więcej środków na to… Choć są tacy, którzy twierdzą, że to nie jest kwestia środków, tylko rozwiązań. Nie wiem. Trudno na to pytanie odpowiedzieć. To tyle. Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan poseł Suski. Proszę uprzejmie. I pani profesor Chybicka.

Poseł Paweł Suski (KO):

Dziękuję. Pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, zgadzam się w pełni z panem ministrem. Myślę, że reprezentujemy Komisję, która w ogóle słusznie powstała. Jest to jedna z młodszych stażem komisji w polskim parlamencie. Jak widać, państwo – w szerokim tego słowa rozumieniu – dostrzega cały aspekt opieki nad osobami starszymi. Opieki szeroko pojmowanej. Tworzymy nowe regulacje, które mają to usprawnić czy przygotować państwo polskie do tego, żeby we właściwy sposób zaopiekowało się osobami, które ja nazywam zasłużonymi. Są to często osoby na ostatniej ścieżce życia, niezależnie od tego, jak wyglądało ich aktywne życie. Absolutnie wymagają opieki i państwo jest im to winne. Jako Komisja musimy to bardzo dosadnie artykułować i wspierać rząd w realizacji tych zadań. Cieszę się, że zaczyna raczkować nowy resort, bo to też jest kolejny element dostrzeżenia tych potrzeb z pozycji najwyższej władzy, jaką jest władza wykonawcza.

Szanowni państwo, przywołano ustawę o centrach zdrowia 75+. Tutaj również zgadzam się z panem ministrem, że to nie jest dobrze przygotowany projekt. Nie wiem, czy w ogóle jest sens wdrażania tego typu aktu prawnego, jeśli jest obarczony wieloma wadami. Osobiście kieruję zakładem opiekuńczo-leczniczym, więc mam bezpośredni kontakt z wdrażaniem przepisów. Jako dyrektor jednostki muszę się także zmierzyć z wadliwością takich regulacji. Na dole wygląda to tak, że wojewoda – myślę, że każdy wojewoda – przygotowuje zręby pod stosowanie tej ustawy. Tworzy jakąś mapę. Działa poprzez starostów. Do mnie osobiście też zwrócił się starosta z pytaniem, czy ta jednostka spełniałaby kryteria i czy moglibyśmy utworzyć takie centrum zdrowia 75+. Nawet rada społeczna wyraziła akces. Wyraziliśmy zgodę.

Tyle tylko, że jest tam np. argument dotyczący populacji osób w wieku 75+. Niestety, mój powiat – powiat wałecki – jest powiatem małym. Populacja wskaźnikowa to jest 6 tys. osób, więc takie centrum mogłoby powstać wspólnie i w porozumieniu z powiatem szczecineckim. Kiedy spojrzymy na mapę, to logistycznie to się ma nijak, ponieważ odległości dochodzą do 100 km, więc chociażby z racji samej logistyki widać, jak trudno będzie realizować założenia takiej ustawy. Zresztą wyrażając trochę w ciemno akces liczyłem na to, że za tym pójdą jakieś pieniądze. Niestety, za wszystkim muszą

iść pieniądze. Artykułując pewne problemy, na które napotykają jednostki np. w opiece długoterminowej myślę, że możemy sobie z nimi poradzić. Jednym z nich jest ograniczona liczba… Zresztą pan minister słusznie o tym wspomniał, bo mówimy o geriatrach i gerontologach, których nie mamy. To jest następny element, który uniemożliwi realizację tego projektu. Ogranicza się liczbę specjalizacji lekarskich.

Jestem akurat po kontroli NFZ. W swoim zasobie mam dwoje lekarzy, który – na szczęście – są na emeryturze. Gdyby odeszli, to nie wiem, gdzie znalazłbym… Oboje są pulmonologami. Jeden jest jeszcze dodatkowo lekarzem chorób wewnętrznych, specjalistą. Nagle okazuje się, że w rozporządzeniu ministra w załączniku nr 4 – nazwijmy to rozporządzeniem zasobowym – jest bardzo ograniczona liczba specjalizacji. Oczywiście, to są specjalizacje chorób wewnętrznych, lekarza rodzinnego, psychiatry, neurologa, gerontologa, geriatry i koniec. Pulmonologa nie ma. To tak, jakby osoby starsze były bardzo wydolne oddechowo. Uważam, że specjalizacja pulmonologiczna powinna być jedną z priorytetowych, która powinna się znaleźć w takim rozporządzeniu. Tutaj apeluję do pana ministra. Czy byłaby szansa, żeby zmienić to rozporządzenie, a tak naprawdę załącznik nr 4 do tego rozporządzenia? Tutaj nie tylko w imieniu własnym, ale także innych zakładów opiekuńczo-leczniczych powiem, że należałoby się przyjrzeć innym specjalizacjom, które mogłyby się tu znaleźć, ponieważ osoby starsze wymagają całego spektrum konsultacji i pomocy wielu specjalizacji medycznych. Chyba już za długo mówię, więc bardzo dziękuję. Na pewno z takimi problemami jeszcze nie raz będziemy się mierzyć, więc wrócimy do tej dyskusji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie pośle. O głos prosiła pani przewodnicząca, pani profesor Alicja Chybińska, a ja przekażę pani wiceprzewodniczącej prowadzenie obrad Komisji. Niestety, muszę się udać na posiedzenie drugiej komisji, na którym jest rozpatrywany projekt ustawy. Bardzo państwu dziękuję. Proszę bardzo, pani profesor.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, rząd i Ministerstwo Zdrowia nie mogą nie zauważać seniorów, czyli populacji w wieku ponad 60. lat dla kobiet i ponad 65. lat dla mężczyzn. Tej grupy senioralnej, która – jak powiedział pan minister – sięga prawie 10 mln osób, a niedługo przekroczy 11 mln osób. To jest 25% społeczeństwa. To jest smutne, że dramatycznie spada nam liczba dzieci. Pamiętam, że było 8 mln dzieci, a jest 7 mln. Czyli 1 mln dzieci nam dojrzało, ale tak naprawdę ubyło, statystycznie rzecz biorąc. Zatem trzeba na populację w wieku senioralnym położyć ogromny nacisk. To, czego mi zabrakło w tym sprawozdaniu, panie ministrze, to profilaktyka. Dlatego, że jest tam takie zdanie – powiem szczerze, że miażdżące – że tylko niewielki odsetek osób w wieku senioralnym – bodajże 17 %, jeśli dobrze pamiętam, jakieś „naście" procent – przychodzi zbadać się profilaktycznie.

Zwykle przychodzą do lekarza. Niestety, najczęściej do lekarza POZ. Wyciągnęłam takie dane statystyczne, które zostały podane i mam pytanie. Jak to się dzieje, że w województwie dolnośląskim, które jest tak duże, jak małopolskie, a może i większe czy jak województwo śląskie, są takie różnice? W dolnośląskim jest 26 geriatrów, 66 w małopolskim, a 96 w śląskim. Skąd się biorą takie różnice? Czy nie należałoby… Podałam te przykłady, ale są takie województwa, w których jest 11. Np. w warmińsko-mazurskim jest 6, a w świętokrzyskim 5. Czy nie należałoby zasięgnąć informacji w tych województwach, jak oni to zrobili, że mają tak dużo… To nie jest dużo. To jest i tak mała liczba geriatrów. Patrząc optymistycznym okiem podstawą modelu opieki geriatrycznej powinni być głównie lekarzach geriatrach. System opieki zdrowotnej odetchnąłby, gdyby ciężar opieki nad seniorami przejęli geriatrzy wykształceni tak, żeby potrafili sobie radzić z każdą chorobą i nie wysyłali do specjalistów.

Jaka jest różnica między geriatrą a lekarzem pierwszego kontaktu? Lekarz pierwszego kontaktu ma pod opieką całą rodzinę, jak wskazuje sama jego nazwa. W tej grupie ma bardzo ważne grupy – osoby pracujące, dzieci, młodzież i osoby w wieku podeszłym. Gdyby go odciążyć, to niewątpliwie na pierwszej linii byłaby dużo lepsza opieka. Nie mówię, że ona jest zła. Ona jest dobra. Tylko tyle, że często kończy się tym – zwra-

cało się z tym do mnie wielu seniorów – że z każdą rzeczą muszą chodzić do specjalisty. To wygląda w ten sposób, że ten stary człowiek biega od Annasza do Kajfasza. A to do kardiologa, a to do okulisty, a to do laryngologa, a to do nefrologa. Przy czym być może jest to konieczne. Tak naprawdę do napisania jest ustawa o opiece nad osobami w wieku senioralnym.

Zacznijmy od tego, że musi tam być zapisana jakaś profilaktyka. Może tak, jak samochód raz w roku trafia do przeglądu, trzeba zapisać taki przegląd zdrowego, starszego człowieka. Trzeba przeprowadzić edukację w wieku senioralnym, bo może seniorzy już nie pamiętają, jak powinni się żywić i jaki powinien być ich tryb życia. Że on nie może polegać na leżeniu z pilotem w fotelu przed telewizorem, a bardzo duża grupa – niestety – tak właśnie postępuje. O aktywizacji, bo ta aktywizacja powoduje, że starzenie się zwalnia. Jeśli człowiek jest aktywny, jeśli jest pośród ludzi – obojętne, czy w uniwersytecie trzeciego wieku czy w grupach seniorów, które się zbierają również w małych miejscowościach – to jego życie wygląda inaczej. Dzisiejszym tematem nie jest to całe życie, ale to powinno być również w opiece medycznej. Bo dla dobra systemu, na czele którego państwo w tej chwili stoją, jest to, żeby senior jak najmniej chorował i był w jak najlepszym zdrowiu. On całe życie przepracował. Utworzył to, co jest w tej chwili.

A na końcu jest tak – prawda, panie ministrze? – że ci seniorzy lądują w szpitalu. Leżą tam nie dlatego, że koniecznie potrzebują tej pomocy medycznej, tylko dlatego, że w domach pomocy społecznej nie ma miejsc. Właściwie jest to uwaga do ministra polityki społecznej, a nie do ministra zdrowie. Ciężar opieki powinien zostać przeniesiony na opiekę domową, tak aby senior mógł być w domu jak najdłużej. Wiem, że tam, gdzie taka opieka istnieje, również pomoc medyczna jest dostarczana szybciej. Jeśli w danym okręgu… Jeśli to jest małopolskie, to jest tam dosyć geriatrów, żeby się tym zajęli. A jeśli ich nie ma, świetnie robią to lekarze rodzinni. Ale nie mogą dostawać pacjenta w sytuacji krytycznej. Jeśli starszy człowiek jest w cudzysłowie zaniedbany i społecznie i medycznie, jest o wiele, wiele trudniej. Czy nie można znaleźć jakiejś marchewki geriatrycznej, żeby młodzi studenci chcieli się specjalizować? Już to mówiłam. To nie dotyczy tylko geriatrii. W Polsce są białe plamy. Samorządy na danym terenie, które potrzebują geriatrów wiedzą, ilu mają seniorów. Czy nie powinny ufundować jakichś stypendiów?

Student, który podpisze cyrograf na którymś roku, przyjdzie. A jak przyjdzie, to najczęściej – miejmy nadzieję – będzie mu się to podobało i zostanie na dłużej. Jestem od zawsze pediatrą. To też jest taka dziedzina, która wybiega… To jest taki okres wieku, że to nie jest dla każdego. Pamiętam, jak dyżurowałam w pogotowiu. Błagali mnie, żebym brała każdy wyjazd do dziecka, bo oni się bali. To byli interniści, chirurdzy. Przy czym ja nie kryję tego, że też wolałam nie jeździć do wyjazdów chirurgicznych. Jest coś takiego, że w mojej pediatrii, jeśli mamy do czynienia z noworodkiem, czyli z pierwszymi dniami, to jest specjalizacja z neonatologii i to już jest coś innego. Dlatego obarczanie jednego lekarza wszystkim… Oczywiście, są tacy świetni lekarze, którzy potrafią sobie poradzić od zera. Czyli matka wychodzi do domu z dzieckiem w trzeciej dobie i daje sobie z nimi radę do stu kilku lat. To chapeau bas, bo naprawdę bardzo trudno jest być doktorem trzech nauk. Dlatego tę populację należałoby w dużej mierze kierować do geriatrów.

Ale, kiedy jest 5 geriatrów na całe województwo, to jaką opiekę mogą sprawować nad tą populacją? To wygląda tak, że każdy starszy człowiek jest prowadzony przez lekarza, do którego uda mu się trafić. Wiem, że jest projekt skrócenia kolejek poprzez przeniesienie ciężaru i zwiększenie finansowania. O tym mówiła pani minister w Katowicach. Gdyby pan minister mógł o tym coś powiedzieć. Przeniesienie finansowania na POS i POZ. To może jest dobry pomysł. Ale czy to – zdaniem pana ministra – posłuży populacji w wieku senioralnym? Czy jednak ma pan na ten temat odmienne zdanie? To tak tylko tytułem zagajenia, bo mojemu sercu bardzo bliska jest ta grupa. Uważam, że powinniśmy seniorów pod każdym względem hołubić. A ponieważ jestem lekarzem, to uważam, że pod względem medycznym przede wszystkim. Jeśli człowiek traci zdrowie fizyczne, to trzeba mu pomóc. Jeszcze gorzej jest, jeśli straci zdrowie umysłowe, bo i tak się zdarza. Wtedy też trzeba mu pomóc i to na najwyższym poziomie. Dziękuję bardzo.

Kto z posłów chciałby jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, Komisja Polityki Senioralnej jest bardzo istotną Komisją. Dlaczego? Dlatego, że my – podkreśliła to pani profesor – ludzie jeszcze nie w wieku senioralnym mamy ten moralny obowiązek – zarówno ministerstwo, ale również posłowie, jak i każdy człowiek – poprawy jakości jesieni życia. Wydaje mi się, że od wielu, wielu lat jest taka tendencja. Zresztą pani przewodnicząca Borowiak o tym wspomniała. Tendencja zwiększania liczby zarówno uczelni medycznych… Tutaj chyba z panem ministrem się cieszymy, bo pochodzimy akurat z Częstochowy, a w Częstochowie powstała uczelnia, co spowoduje, że młodych lekarzy będzie więcej. Ale wiadomo, że kształcenie lekarza to nie jest 5 lat, bo to jest specjalizacja, to jest 6 lat studiów, więc, proszę państwa, musimy jakiś czas zaczekać.

Dwie rzeczy, panie ministrze. Mam nie tyle wątpliwości, co pytanie do pana. Powiedział pan, że opiekę geriatryczną będą państwo poprawiać. Bardzo się cieszę, bo nie myli się ten, kto nic nie robi. Zawsze trzeba wyjść z jakiegoś pułapu, żeby coś doskonalić, żeby to w jakiś sposób wzbogacać. A przykład – a może inaczej – doświadczenie jest bardzo dobrą podpowiedzią do dalszego działania. Co to oznacza, że poprawimy opiekę? Czy są już jakieś założenia? Pani profesor powiedziała o Katowicach. Ja w tym nie uczestniczyłam. Nie wiem. W jakim kierunku idą pomysły poprawienia opieki geriatrycznej?

Powiem państwu jedno. Wiem o opiece i pomocy dla osób starszych. Nie mówię tego tylko i wyłącznie na podstawie encyklopedycznej wiedzy. Osobiście opiekuję się dziewięćdziesięcioczteroletnią mamą i sześćdziesięciopięcioletnią niepełnosprawną siostrą, więc wiem, że dużą pomocą dla ludzi, którzy tego doświadczają, którzy mają w pobliżu takie osoby, jest przepływ informacji, czego do tej pory, proszę państwa, nie ma. Podam przykład. Tutaj padły bardzo piękne słowa, bardzo mądre, że potrzebna jest profilaktyka. Potrzebna jest informacja, aby nie dopuścić do tego, że człowiek, któremu metryka bije, bo każdemu z nas idzie do przodu, w pewnym momencie nie zadbał o fizyczność, tylko jest z tym pilotem, bo to jest najwygodniej dla młodszych, którzy opiekują się tą osobą, jak również dla osoby starszej. Dlaczego nie ma przepływu informacji? Ponieważ szczególnie, jeżeli chodzi o tereny wiejskie i o seniorów, którzy nie są w wielkich ośrodkach i aglomeracjach… Podam taki przykład, który powinien dać do myślenia i to powinno się poprawić. Jeżeli informacje są podawane… Jedynym źródłem przekazywania informacji, proszę państwa, jest internet. Umówmy się, że akurat w pokoleniu seniorów nie wszyscy korzystają z nowoczesnych urządzeń. Nie wszyscy muszą czytać.

Tutaj nie ma jeszcze tej współpracy. Albo inaczej, nie można wszystkich mierzyć jedną miarą. Tutaj powinna być współpraca Ministerstwa Zdrowia z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Dlaczego? Dlatego, że przekazywanie informacji w sposób… Są pracownicy w GOPS-ach, w MOPS-ach. Prawda? Żeby ta informacja docierała do osób starszych, które potrzebują tego wsparcia albo bodźca, albo inaczej informacji, gdzie mogą się udać, żeby potem nie wylądować – mówię to w cudzysłowie – na oddziale geriatrycznym. Właściwie są osoby, które leżą tam miesiącami. Pan poseł mówi, że niektórzy leżą kilka miesięcy, kilkanaście miesięcy czy kilka lat. Bardzo prosiłabym, żeby właśnie tutaj działać bez żadnych podziałów, bo każdy z nas – bez względu na to czy jest w ekipie rządzącej czy nierządzącej – do tego wieku dojdzie, jak pan Bóg da. Musimy znaleźć takie mechanizmy, taką formę porozumienia, taką przestrzeń do działania, żebyśmy mieli specjalistów, jeśli chodzi o stronę medyczną. Ale również, abyśmy zaopiekowali takie osoby, które jesień życia przeżyją w sposób godny.

W taki sposób, że nie jest to czas, kiedy każdy wygląda, żeby to życie się zakończyło. Tylko, żeby to był czas, który naprawdę będzie taką rekompensatą tego ciężkiego życia, tego pięknego życia. Budowania tej przyszłości, w której funkcjonujemy. Tak że bardzo proszę, panie ministrze, żeby uchylił pan rąbka tajemnicy. Co to znaczy, że będzie poprawiany? Czy są już jakieś formy i zakusy? W jakim kierunku to ma iść? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa posłów chciał zabrać glos? Jeżeli nie, to widzę, że zgłasza się strona społeczna. Panie ministrze, może na wszystko odpowie pan na końcu. Czy woli pan teraz?

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Na końcu na wszystko.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę.

Pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Cieszę się z tego zdania, które przed chwilą wypowiedział pan minister. Pani przewodnicząca, państwo posłowie, panie ministrze, szanowni państwo, Marek Wójcik, Związek Miast Polskich. Cieszę się, że pan minister powiedział, że odpowie na końcu, bo chciałem zapytać o coś wcześniejszego niż to, o co pytała pani poseł z mojej ulubionej Częstochowy. Otóż, rzecz polega na tym, że ustawa z 18 sierpnia o szczególnej opiece geriatrycznej obowiązuje. Chciałem zapytać o konkrety, które wynikają z tej ustawy, bo czas biegnie, a ta ustawa zobowiązuje określone osoby do konkretnych działań i to daleko idących. Po pierwsze, chciałem zapytać, czy jest już rozporządzenie ministra zdrowia, na które samorządy oczekują z ogromną niecierpliwością, określające minimalny zakres świadczeń udzielanych przez dzienny ośrodek opieki geriatrycznej? To jest art. 24 ustawy.

Art. 28 dotyczy edukatorów zdrowotnych. Jak państwo wiedzą, oni mają pracować w systemie. Na ministrze zdrowia ciąży obowiązek zatwierdzenia programu szkolenia takich edukatorów. Centrum Medyczne Kształcenia ma je opracować, a minister ma je zatwierdzić. W związku z tym pytanie nr 2. Czy ten program już został zatwierdzony przez ministra? Czy w związku z tym już odbywa się kształcenie edukatorów? Według mojej wiedzy rozporządzenia nie ma, a program też nie został zatwierdzony. Trzeci element dotyczy rady do spraw geriatrii. Ustawodawca literalnie zapisał termin utworzenia Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej na 31 marca. Chciałem zapytać, czy ta rada już się zebrała, bo do 31 marca miała zostać powołana?

Następna bardzo ważna sprawa dotyczy lekarzy POZ i ma ogromną skalę. To jest skala działań, które dotyczą milionów. To nie będą pojedyncze działania. Chodzi mi o wstępną ocenę geriatryczną, którą mają robić lekarze POZ. Drodzy państwo, w stosunku do osób, które przekroczyły 75. rok życia powinni przeprowadzić tę ocenę w ciągu 6 miesięcy od daty wejścia ustawy w życie. Czyli – mówiąc krótko – jeżeli ktoś zgłasza się do lekarza POZ i wyrazi na to zgodę, a ustawa obowiązuje od 1 stycznia, to do końca czerwca lekarz POZ powinien tę wstępną ocenę wykonać. Trochę inaczej wygląda to w stosunku do osób, które skończyły 75. rok życia w momencie wejścia w życie ustawy. Tutaj ustawodawca daje 12 miesięcy. Jeżeli ktoś miał ukończone 75 lat do sierpnia ub. r., to do sierpnia tego roku lekarz POZ powinien mu przeprowadzić wstępną ocenę geriatryczną. Według mojej wiedzy – a mogę się mylić, bo na wszystkim się nie znam – lekarze w ogóle takiej wstępnej oceny nie przeprowadzają. Ani w stosunku do tych, którzy skończyli 75 lat po 1 stycznia, ani do tych, którzy skończyli 75 lat wcześniej.

Druga duża rzecz dotyczy powiatów. Dlatego, że zgodnie z ustawą wojewodowie na początku roku – w granicach końca pierwszej dekady stycznia – ogłaszali w BIP informację o tym, że rozpoczynają pracę nad planem działania w zakresie geriatrii. To oznaczało dla powiatów, że zaczyna bić zegar. Miały 60 dni na wskazanie miejsc, w których będą realizowały opiekę geriatryczną. To będą centra i oddziały. Chciałem zapytać, jak wygląda dzisiaj zaawansowanie prac nad planami wojewódzkimi? Przebuszowałem sieć…

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę o zmierzanie do końca.

Pełnomocnik zarządu ZMP Marek Wójcik:

Już zmierzam.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Proszę o krótkie wypowiedzi.

Pełnomocnik zarządu ZMP Marek Wójcik:

Tak. Obiecuję, że będę mówił o wiele krócej niż inne osoby. Otóż, chcę powiedzieć, że chciałem prosić o informację, jak wyglądają plany. Według mojej wiedzy żaden wojewoda planu nie powiesił. Ostatnia sprawa dotyczy Funduszu Medycznego i środków z Funduszu Medycznego na tworzenie centrów i oddziałów, a także na wsparcie w zakresie tworzenia i modernizacji oddziałów geriatrycznych. Kiedy można oczekiwać na ogłoszenie konkursu? Nawiasem mówiąc konkurs powinien zostać ogłoszony 2 lata temu w zakresie opieki długoterminowej. Jeżeli chodzi o Fundusz Medyczny, powinien zostać ogłoszony nie później niż w pierwszej połowie tego roku. To – nawiasem mówiąc – jest także „kamień milowy" KPO.

Chcę państwa poinformować, że bardzo prosiliśmy resort zdrowia, ale – niestety – w tej sprawie z żalem stwierdzam, że nie mamy sukcesu. Mówiąc „my" myślę o stronie samorządowej. Prosiliśmy, żeby w przypadku KPO, w którym są pieniądze na tego typu działalność, skrócić okres czysto urzędniczych czynności wykonywanych przez resort zdrowia na rzecz wydłużenia chociażby o kilka miesięcy czynności związanych z realizacją projektów. Jeżeli przez 2 lata resort będzie się przygotowywał, a my potem mamy przez rok…

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę zmierzać do końca.

Pełnomocnik zarządu ZMP Marek Wójcik:

…ogłosić przetarg, zrealizować zamówienie, wcześniej przygotować dokumentację i dokonać prac, to jest źle. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo dziękuję. Kto z państwa? Bardzo proszę.

Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów Elżbieta Ostrowska:

Elżbieta Ostrowska, Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, mój przedmówca zadał kilka pytań. Już nie będę ich powtarzała. Natomiast przyznam, że moje pytania sprowadzają się do tego, kiedy osoby starsze mogą oczekiwać poprawy opieki zdrowotnej i zwiększenia dostępności do świadczeń medycznych? Z tego, co powiedział pan minister wynika, że jest to perspektywa wielu lat. Przypominam, że mówimy o osobach mających 70, 75 czy 80 lat. Być może one nie mogą tyle czekać. Pozwolę sobie jeszcze coś przypomnieć. Chyba przed rokiem na forum tej samej Komisji grupa znakomitych profesorów medycyny i lekarzy przedstawiała raport o stanie zdrowia osób starszych. Jeśli dobrze pamiętam – bo mogę się mylić w procentach – z raportu wynikało, że ok. 70% osób starszych cierpi na wielochorobowość. To są te osoby, które – przepraszam, ale takiego słowa użyto wtedy w tym raporcie – tułają się od jednego specjalisty do drugiego, a od drugiego do trzeciego, itd.

Od każdego z tych specjalistów dostają leki, które potem przyjmują. Przy czym żaden ze specjalistów nie patrzy na leki przepisywane przez innego i na to, jaki efekt może dać taka połączona wielolekowość. Autorzy raportu zakończyli go stwierdzeniem, które chciałabym powtórzyć. Powiedzieli mniej więcej tak – nasza medycyna jest bardzo dobra. Potrafimy na poziomie europejskim, a może nawet światowym leczyć choroby. Ale nie potrafimy leczyć pacjenta, zwłaszcza pacjenta starszego. Przepraszam, panie ministrze i pani przewodnicząca, ale wydaje mi się, że tutaj niewiele się zmieniło. Rozmawiam w tej chwili z seniorami. Tak się składa, że jeżdżę po całym kraju, gdyż mam spotkania w terenowych oddziałach mojego związku. W tej chwili osoby starsze już na ogół nie narzekają na sytuację materialną. Nie to, że ją chwalą, ale to jest jakoś tam… Główny obszar narzekań i główna bolączka, to ograniczony dostęp do świadczeń medycznych. Wielomiesięczne oczekiwanie na wizytę u specjalisty. Wielomiesięczne oczekiwanie na rehabilitację. Jeśli oczekuje się na to parę miesięcy, to oznacza, że ona w którymś momencie jest bezprzedmiotowa, bo po prostu już się nie wyrówna pewnych braków.

Rozumiem wszystkie obiekcje do ustawy, ale – jak mówiono – ona obowiązuje. Jednak idea centrów geriatrycznych, do których mógłby się udać przede wszystkim starszy pacjent, jest chyba ideą godną rozważenia po to, żeby pacjent nie krążył od jednego lekarza do drugiego. Przepraszam, padły tutaj piękne słowa o tym, że młodsi czy społeczeństwo jest to winne osobom starszym, do których się zaliczam. Chciałam jeszcze zapytać o coś bardzo konkretnego. Kilkukrotnie, również na tym posiedzeniu Komisji mówiliśmy o tym, że jednym z problemów rozwoju geriatrii jest bardzo niska wycena świadczeń geriatrycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Znacznie poniżej realnych kosztów tych świadczeń. To sprawia, że one są – przepraszam państwa za to określenie – nieopłacalne dla szpitali, dla przychodni. Zapewne również to nie zachęca młodych lekarzy czy studentów do podejmowania tej specjalizacji.

Zatem moje konkretne pytanie. Zwaloryzowanie wysokości tych świadczeń i doporowadzenie ich do stanu zbliżonego do rzeczywiście ponoszonego – jak myślę – mogłoby być niewielkim, ale jednak jakimś krokiem do zwiększenia opieki geriatrycznej w różnych formach organizacyjnych, a zatem również do zwiększenia osobom starszym dostępności do takiej opieki. Czy jest to również rozważane teraz, w tej chwili? Proszę państwa, my – starsi – nie bardzo możemy czekać. To jest nie tylko sprawa bardzo ważna. To jest sprawa bardzo pilna. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję. Kto jeszcze z państwa? Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Ja tylko krótko, hasłowo. Panie ministrze, pragnę przypomnieć, że w momencie procedowania ustawy 75+ sygnalizowaliśmy ten problem. Ustawa mówi, że wojewoda może określić nie więcej niż 3 centra współpracujące z danym oddziałem geriatrycznym. Ponownie postulujemy wykreślenie tego punktu – to jest art. 9 ust. 2 pkt 4 – ponieważ on prowadzi do sytuacji, w której może dojść do tego, jeśli nie będzie nieskończonej liczby oddziałów geriatrycznych, a wiemy, że nie ma ich nieskończonej liczby, to któreś centrum nie będzie miało możliwości współpracy z jakimś oddziałem. To powinno być pozostawione swobodzie oceny twórcy planu wojewódzkiego, adekwatnie do warunków w danym województwie. Inaczej faktycznie dojdzie do sytuacji patowej.

I drugi pomysł, który propagujemy już chyba od 3 kadencji Sejmu. A mianowicie, jak dwukrotnie zwiększyć liczbę lekarzy w ciągu kilku miesięcy? Z dużą satysfakcją stwierdzam, że nasz pomysł został kupiony przez liczne placówki, przez przychodnie prywatne. O co chodzi? Lekarze, których mamy dość wielu – członków lekarzy – twierdzą, że buchalteria komputerowa zajmuje im więcej czasu niż poświęcają pacjentowi. W związku z tym, gdyby wprowadzić asystenta administracyjnego lekarza, który będzie się zajmował wpisywaniem, wypełnianiem rubryczek w komputerze pod dyktando lekarza dyktującego to jednocześnie badając pacjenta, zwiększyłaby się przepustowość pacjentów u lekarza co najmniej dwukrotnie. Lekarze twierdzą, że 3/4 czy 2/3 czasu zajmuje im buchalteria komputerowa, a 1/3 badanie pacjenta. Niby prosty sposób, który się przyjął. Zaobserwowałem w wielu przychodniach prywatnych, że lekarz zajmuje się pacjentem, a siedzi pani czy pan i pod dyktando lekarza wpisuje zalecenia. Potem lekarz tylko to sprawdza i akceptuje. Idzie to bardzo szybko. Okazuje się, że w prywatnych placówkach opłaca się zatrudnić za o wiele mniejsze pieniądze pracownika, żeby lekarze, który – oczywiście – kosztuje więcej…

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo proszę o zmierzanie do końca.

Prezes KSRSSR Jerzy Płókarz:

…mógł… Już kończę. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję. Kto jeszcze z państwa? Bardzo broszę.

Stały doradca Komisji Krystyna Lewkowicz:

Dziękuję, pani przewodnicząca, szanowni państwo przyłączam się do postulatów poprzednich przedmówców, że trochę za mało mówimy dzisiaj o rozwoju geriatrii i o perspektywach, które nas czekają, w świetle demograficznych zmian, o których tutaj również mówiliśmy. Przybywa pacjentów i będzie przybywało, więc teoretycznie rzecz biorąc będzie rosło zapotrzebowanie na usługi geriatryczne. Przez chwilę chciałabym się zatrzymać na geriatrii jako nauce na tle systemu opieki medycznej. Czy geriatria ma właściwą rangę? Czy jest właściwie… No właśnie. Czy jest właściwie usytuowana w systemie? Z jednej strony, patrząc na definicję, geriatria ma zajmować się profilaktyką, przygotowaniem do starości, łagodzeniem skutków starości, jak również koordynowaniem leczenia osób wielochorobowych, które przechodzą od specjalisty do specjalisty i często dostają leki, które się wzajemnie wykluczają albo działają negatywnie. W związku z tym, kiedy patrzy się na teorię, geriatria powinna mieć bardzo wysoki prestiż i bardzo wysoką rangę. Kiedy patrzy się na praktykę, niespecjalnie widzi się ten etos i rangę.

W uniwersytetach trzeciego wieku prowadziliśmy zajęcia edukacyjne poświęcone różnym dziedzinom medycyny. Pytaliśmy, czy pan lub pani zabiegał, zabiegała, o wizytę u geriatry? A po co? Przecież ja choruję na cukrzycę. Drugi pan mówi, że choruje na serce, więc chodzi tylko do kardiologa. Jeszcze ktoś ma reumatyzm, a inny potrzebuje ortopedy. Nikt nie widział potrzeby, żeby na końcu tych wszystkich specjalności iść do geriatry, bo właściwie po co? Co on mi pomoże, jeśli ja już byłem u 2 czy 3 specjalistów? Czyli, krótko mówiąc, nie ma tego etosu. Jednocześnie powiedzmy sobie szczerze, że nefrolog czy kardiochirurg dostanie świetną posadę w każdej prywatnej placówce służby zdrowia, a geriatra może niekoniecznie. To będzie oddziaływało na wybór specjalności w szpitalach przez młodych lekarzy. Będą chcieli być chirurgami. Będą chcieli być innymi specjalistami. Natomiast może niekoniecznie będą wybierali geriatrię.

Swego czasu prezentowaliśmy tu dane pokazujące, ilu mamy wykształconych geriatrów, a ilu pracuje. Po prostu geriatra jest wykształcony, ale pracuje w innej specjalności, bo po paru miesiącach zrezygnował. Podam taki przykład, tragikomiczny. W moim rejonie odtrąbiono wieli sukces, że uruchomiono poradnię geriatryczną. Zatrudniono geriatrę i pielęgniarkę geriatryczną. Po 3 miesiącach ich zwolniono, bo nie było zapotrzebowania. Do innych specjalności są dwuletnie kolejki. Ludzie czekają do kardiologa, do nefrologa, do endokrynologa, itd, a nikt się nie zapisywał do tej wspaniałej, nowoczesnej placówki geriatrycznej. Może zatem właśnie dyskutując o przyszłości geriatrii powiedzmy sobie szczerze, że potrzebne są działania po stronie pacjentów, żeby ich edukować, jak ważna jest geriatria dla dobrostanu i dla przebiegu leczenia w wielochorobowości. Z drugiej strony trzeba również stwarzać zachęty dla młodych lekarzy – finansowe, mieszkaniowe czy jakieś inne – żeby chcieli wybierać tę specjalność.

Pan minister prezentował dane statystyczne wskazujące, że wzrasta liczba hospitalizowanych i usług związanych z geriatrią. Ale w 2023 r. ta liczba ledwie osiągnęła poziom z 2019 r. czy minimalnie go przekroczyła. W tym czasie znacznie szybciej przybywało pacjentów geriatrycznych. Zatem jest ten przyrost. Widzimy, że udzielonych jest więcej świadczeń geriatrycznych, ale ten przyrost jest bardzo powolny. Teraz ledwie osiągnęliśmy poziom z 2019 r., więc tutaj potrzebne są działania na różnych frontach – na administracyjnym, na finansowym – a przede wszystkim świadomość. Trzeba wpajać pacjentom świadomość, jak ważna jest geriatria dla ich stanu zdrowia i ogólnego przebiegu leczenia w wielochorobowości. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo.

Stały doradca Komisji Anita Richert-Kaźmierska:

Szanowni państwo, Anita Richert-Kaźmierska, stały doradca Komisja. Pozwoliłam sobie w odniesieniu do tego materiału przygotować dla państwa pewne uwagi i dodatkowe dane statystyczne. Coś, czego mi chyba zabrakło w materiale przedstawionym przez pana ministra, to była relacja pomiędzy długością życia a długością życia w zdrowiu. To jest to, o czym my też tutaj mówimy i co wybrzmiało, że geriatria to jest opieka medyczna nad osobami starszymi. Natomiast dystans pomiędzy długością życia a dłu-

gością życia w zdrowiu w Polsce jest jednym z największych. To znaczy, że żyjemy coraz dłużej i tu dobijamy do danych europejskich. Natomiast długość życia w zdrowiu jest w Polsce znacząco krótsza niż w innych krajach europejskich. Ten deficyt zdrowotny jest zbierany przez całe życie. Czyli brak zaangażowania w programy profilaktyczne we wcześniejszych fazach życia skutkuje tym… Przedstawiłam państwu również w tym materiale informacje Narodowego Funduszu Zdrowia o tym, jacy pacjenci są de facto najdrożsi dla systemu. To znaczy, jaka jest najwyższa średnia wartość refundacji świadczeń i leków w przeliczeniu na pacjenta ze względu na jego wiek. Są to przede wszystkim właśnie mężczyźni po 70. roku życia. To w ogóle pacjenci po 70. roku życia, ale przede wszystkim mężczyźni. Wydaje mi się, że tutaj ten deficyt zdrowotny jest największy.

Wydaje się, że z jednej strony mamy programy profilaktyczne, a z drugiej strony zwiększoną dostępność do specjalistów. Specjalistów geriatrów rzeczywiście mamy niewielu. To jest ok. 581 lekarzy. Tak podaje Naczelna Izba Lekarska w marcu 2024 r. Na – już za chwilę – 11 mln osób starszych to jest kropla w morzu potrzeb. Pytanie. Był taki moment, w którym mówiliśmy, że do programów wszystkich specjalizacji medycznych powinny zostać włączone treści z obszaru geriatrii, a co najmniej sposób komunikowania się z osobami starszymi. Jeżeli rzeczywiście nie będzie geriatrycznej oceny całościowej, o czym była tutaj mowa, to potem mamy toksyczność lekową, bo lekarz przepisze coś, co szkodzi pacjentowi. To, co jest chyba u nas wyzwaniem, to niepatrzenie nawzajem pomiędzy specjalizacjami, ale też pomiędzy sektorami. Opieka geriatryczna to jest opieka medyczna. Ale ona idzie w parze i jest komplementarna z opieką z obszaru sektora pomocy społecznej.

Dla mnie ogromną nadzieją jest to, co zostało zainspirowane. Wreszcie zaczynamy patrzeć na siebie wzajemnie. Mówię o powołaniu międzyresortowego zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi. Ministerstwo rodziny, ministerstwo osób starszych i Ministerstwo Zdrowia zaczynają ze sobą rozmawiać i wspólnie wypracowywać, mapować system wsparcia osób starszych. Tak, aby te osoby jak najdłużej pozostawały w domu. Jeżeli mamy siedemdziesięciopięcioletniego pacjenta, który dla systemu zdrowotnego kosztuje gigantyczne środki, jeżeli go ratujemy, ale potem wraca do domu, to nie jest w stanie ambulatoryjnie załatwić jednych, drugich, piątych i siódmych badań. Wobec tego mamy rozwiązanie, z którego jestem dumna. W Gdańsku mamy dzienne oddziały geriatryczne. Pacjenta dostarcza się na dzień do takiego oddziału. Tam jest kompleksowo przebadany w ciągu jednego dnia. Potem leczenie może się odbywać w miejscu zamieszkania. Tutaj musimy nawzajem na siebie patrzeć. Trzymam kciuki za zespół, którego jestem członkinią. Liczę na wsparcie wszystkich stron, bo wyzwań systemowych jest bardzo dużo. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę pana ministra o odpowiedź.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, rzeczywiście było dużo tematów. Postaram się w miarę wyczerpująco odpowiedzieć. W jednym miejscu poproszę o zabranie głosu pana dyrektora. Może zostawię to na koniec. Proszę państwa, w tej chwili pracuje w Polsce 550 geriatrów. To jest jedna liczba. Druga. Na 311 miejsc specjalizacyjnych zajętych było 101, więc…

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Nie ma chętnych.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

To było w momencie, kiedy wymyślono ustawę geriatria 75+. W tej sytuacji i przy tych zasobach wymyślono coś takiego, co miało dać poprawę. Pani przewodnicząca wskazała, że jest 6% PKB, ale pamiętajmy, że jest zasada „n-2”, więc tylu pieniędzy nie ma. Pani przewodnicząca wspomniała też o uczelniach medycznych. Pani poseł również, więc – tak. Jestem po tej stronie dyskusji, która twierdzi, że to dobrze, że tych uczelni przybyło. Może nie wszystkie mają rację bytu. Kilka z nich może się rzeczywiście nie utrzymać. Ale generalnie nie było innego wyjścia. Głosy o tym, że liczba lekarzy jest wystarczająca

kieruję do tych, którzy dadzą mi numery telefonów tych lekarzy, żeby dyrektorzy szpitali mogli zadzwonić i tych lekarzy do siebie ściągnąć, skoro jest ich tak dużo. Nigdy nie rozumiałem tego argumentu. Nie było wyjścia. Trzeba doprowadzić do sytuacji, w której będzie więcej lekarzy. To jest jak najbardziej właściwe.

Co do dopuszczenia innych specjalistów, można o tym pomyśleć, aczkolwiek to stoi trochę w sprzeczności z ideą geriatrii. Jeżeli ma być geriatria, to mają być specjaliści geriatrzy. Jeżeli dopuścimy tam innych specjalistów w bardzo dużej liczbie, to będzie to trochę fikcją, że jest to opieka geriatryczna. Będzie to opieka ukierunkowana na specjalizację danego lekarza, aczkolwiek można o tym pomyśleć. To nie jest tak, że w ogóle nie należy iść w tym kierunku. Dlaczego w jednym województwie jest więcej geriatrów, a w drugim mniej? Województwa bardzo się różnią. Trzeba sobie powiedzieć, że jeśli chodzi o liczbę mieszkańców, to jednak są bardzo duże różnice. Mazowieckie i śląskie to są bardzo liczne województwa w stosunku do innych. Generalnie rozumiem. Natomiast chodzi o to, że wynika to prawdopodobnie z aktywności w poprzednich latach osób, które były konsultantami wojewódzkimi, a także konsultantów krajowych. Po prostu oni zabiegali o to, żeby powstawały oddziały, żeby powstawały miejsca specjalizacyjne, itd. Gdzie indziej tego po prostu nie było. To się działo 10 lat temu czy 15 i do dzisiaj tak to wygląda.

To jest właściwie jedyna przyczyna, o której mogę pomyśleć, że był pewien nacisk na to, żeby w danym rejonie to się rozwijało, a gdzie indziej ludziom na tym nie zależało i dzisiaj to jest widoczne. Co mam na myśli mówiąc, żeby poprawić opiekę geriatryczną? Tutaj było dużo pytań, które szły w kierunku dotyczącym ustawy. Proszę państwa, staram się to powiedzieć w sposób zawoalowany. Myślałem, że to się uda. Ala skoro były konkretne pytania i przeszliśmy do konkretów, to postaram się konkretnie odpowiedzieć. Ustawa jest nie do zrealizowania. Nie była do zrealizowania w momencie, kiedy została ogłoszona. To była ustawa, która była ustawą polityczną, przedwyborczą. Aby pochwalić się, że coś robimy w geriatrii, wymyślono geriatrię 75+. Tak to należy odczytywać. Nie było wtedy geriatrów, nie było psychologów. Nie było pieniędzy. Ustawa nie jest przemyślana. Nie jest w zgodzie z samorządami. Rozwiązania są nierealne. Abstrahują od wszelkich układów odniesienia, które są w ochronie zdrowia. Jedyne co, to pięknie brzmi. Pięknie brzmi, że zrobimy jakąś drugą geriatrię 75+. Nie możemy zrobić jednej, a zrobimy drugą.

W związku z tym proszę się nie dziwić, że rozwiązania nie są wdrożone i myślimy o tym, żeby ją zmienić. Żeby ją bardzo radykalnie zmienić. Po prostu wyjąć z niej to, co jest dobre. Bo rzeczywiście ocena geriatryczna jest dobra. Pewne działania profilaktyczne są dobre. Trzeba wyjąć z niej to, co jest dobre. Natomiast nie idźmy tą drogą z tym, co nie jest realne, ponieważ rzeczywiście potworzą się jakieś plany, potworzą się jakieś projekty, jakieś zespoły, które będą próbowały to wdrożyć, a tego się nie da wdrożyć. Po prostu nie w tej chwili. Nie ma na to – nie mówię, że pieniędzy – ale możliwości ani technicznych, ani infrastrukturalnych, ani osobowych. Po prostu tego nie ma. Nie ma możliwości utworzenia obok jednej geriatrii drugiej geriatrii. Nie wiem, dlaczego ktoś kiedyś pomyślał, że to jest możliwe. Moim zdaniem to jest niemożliwe.

Dlatego te działania nie są prowadzone w terminach, ponieważ jest to odsunięte w czasie do momentu, w którym postanowimy, co z tej ustawy wyjmiemy i jak to przeprowadzimy. Mówiąc jeszcze bardziej wprost, ustawa jest ustawą prezydencką. Niestety, w związku z tym możemy się spodziewać pewnych trudności z jej nowelizacją, bo będzie opowiadanie, że nie chcemy jej realizować z jakichś naszych przyczyn. Że mamy takie myślenie, że nie chcemy. Nie. Nie chcemy dlatego, że to jest nierealne. Nie dlatego, że nie chcemy, tylko dlatego, że pewnych rzeczy nie da się zrobić. Myślę, że na wiele pytań, które państwo zadali, taka odpowiedź – może nieco oględna – jest chyba bardzo jednoznaczna. Myślę, że w ten sposób trochę uświadomiłem państwu, dlaczego pewne rzeczy terminowo czy tak, jak to jest zapisane w ustawie, nie są realizowane. Aczkolwiek – jak mówię – nie oznacza to, że o tym nie myślimy, że nie pracujemy i nie staramy się przekształcić tej ustawy. Tylko musimy założyć, że będzie efekt naszej pracy, czyli zrobić to w odpowiednim terminie.

Pani poseł Burzyńska wspominała o polipragmazji i o przepływie informacji. Rzeczywiście, to jest ciekawy problem. W ogóle w dotarciu do różnych grup społecznych musimy stać się bardziej elastyczni. Jeżeli mamy dotrzeć do młodzieży, musimy używać innych środków przekazu, innych sposobów realizacji programów profilaktycznych, uświadamiania, itd. Tych sposobów nie możemy przełożyć na seniorów, bo to nie zadziała. Tutaj musimy rzeczywiście być elastyczni i trafiać w inny sposób. Właściwie tutaj trzeba trafiać poprzez osoby. Poprzez edukatorów. Poprzez osoby, które będą wyedukowane w profilaktyce. Teraz wprowadzamy nowe zawody. Będą to zawody właśnie tych osób, które będą się zajmować profilaktyką i dotarciem z wiadomością. Ale nie tylko. To wymaga też bardziej pisemnych informacji przesyłanych w tradycyjny sposób pocztą. Po prostu trzeba to uznać. Nie da się zrobić jednego sposobu dla wszystkich grup społecznych i demograficznych. Tak, że to jest dobra uwaga. Jak najbardziej zwracamy na to uwagę.

Przepraszam, ale widzę, że część pytań dotyczyło ustawy, a do tego już nie będę wracał. O powiaty. O wojewodów. Proszę państwa, jeżeli chodzi o rozwiązania, które były w KPO i o ten czas, który pan postulował – żeby skrócić czas w Ministerstwie Zdrowia i żeby było więcej czasu na realizację różnych projektów… To prawda, tylko ten czas minął i bardzo niewiele zrobiono. Trzeba sobie powiedzieć, że ostatnie miesiące w Ministerstwie Zdrowia upłynęły na gorączkowej pracy, aby doprowadzić do sytuacji, w której w ogóle pieniądze z KPO zostaną nam przyznane. To znaczy, że projekty zostaną napisane, zgłoszone i przedstawione w ten sposób, żeby były możliwe do realizacji. To udało się zrobić. Ze strony Ministerstwa Zdrowia ta praca została wykonana. Nie ma zastrzeżeń do tej części pieniędzy, która z KPO ma wpłynąć na zdrowie. Wiemy, że się z tym uporaliśmy, a to był naprawdę wielki problem, bo musieliśmy rozwiązywać bardzo dużo problemów w takim sensie, żeby tak zmienić zapisy, które były w KPO – w tych „kamieniach milowych" i w tym wszystkim – żeby one w ogóle były do realizacji, zarówno u nas, w ministerstwie, jak i przez późniejszych realizatorów tych projektów. Tak, że ten czas był do tego potrzebny. Oczywiście, kiedy tylko będzie można, będziemy to wypychać dalej, żeby to było realizowane.

Był taki zarzut, że nie umiemy leczyć seniorów. Mam tylko taki apel. Może stanę troszkę w obronie lekarzy. To tak nie jest. Oczywiście, zdarzają się takie sytuacje. Jak mówiłem, wielu lekarzy leczy głównie seniorów i leczą ich dobrze. Nie zgodzę się z tym, że tak można do tego podejść. Po prostu przynajmniej połowa pacjentów, to są pacjenci w podeszłym wieku i lekarze umieją leczyć, więc może te słowa były trochę za mocno powiedziane. Niska wycena świadczeń. Tak, jest niska wycena świadczeń i brak chętnych do specjalizacji. Proszę państwa, tak. Tylko my się mierzymy z problemem prawie wszystkich specjalizacji. To znaczy, średnia wieku chirurga to jest bodajże 61 lat, więc można powiedzieć, że właściwie seniorzy operują seniorów. Napływ specjalistów jest potrzebny wszędzie. To jest też troszkę takie myślenie życzeniowe, że wymyślimy to tak, że napłyną akurat do geriatrii, a nie będą napływać np. na chirurgię, na internę, na neurologię, na pediatrię, bo teraz napłyną na geriatrię. W ogóle potrzeba więcej lekarzy. Ta populacja musi się zwiększyć – liczba studentów, a później absolwentów – żeby przybyło również lekarzy geriatrii.

Oczywiście, racja tutaj jest. To nie jest taka specjalizacja, w której można mieć prywatny gabinet. Z której można żyć, itd i osobno się realizować poza szpitalem, poza poradnią. To jest mało prawdopodobne, więc niewątpliwie trzeba o tym pomyśleć. Natomiast państwo wiedzą, jak w tej chwili wygląda siatka płac i sposób wynagradzania. Jest to sposób, którego podstawą jest praca kontraktowa. Tam, gdzie jest duża wycena świadczeń i duży obrót pacjentami – powiem to tak ekonomicznie, ponieważ to jest ten zakres działalności – które przynoszą duży zysk szpitalowi, szpital za wszelką cenę chce ściągnąć specjalistów i płaci im dużo pieniędzy. W przypadku geriatrii takich elementów nie mamy. Dlaczego geriatria nie jawi się jako dziedzina atrakcyjna? Ponieważ często jest taką interną. Po prostu taką interną, która zajmuje się starszymi pacjentami, a nie geriatrią, taką geriatrią naprawdę. Być może trzeba podnieść prestiż tej specjalizacji i rzeczywiście wrócić do tego, żeby geriatria zajmowała się najważniejszymi problemami i nie była takim wentylem, że gdzie brakuje interny, tam robimy geriatrię. Czasami tak jest.

To może trochę odstraszać lekarzy. Jest jeszcze jedna rzecz. Liczba geriatrów jest złudna, ponieważ często są to lekarze innych specjalizacji, którzy zrobili geriatrię przy okazji, ale właściwie pracują głównie w swojej pierwszej specjalizacji. Tak, że dzisiaj to też trzeba brać pod uwagę. Oczywiście, nie będę rozmawiał o tych rozwiązaniach, o tych 3 centrach związanych z jednym szpitalem, bo – jak mówię – to jest zawarte w tej ustawie. Te granice województw. Tam jest dowożenie pacjentów. Przecież jeszcze były takie problemy, z którymi nie wiadomo, jak sobie poradzić. Odbiurokratyzowanie pracy lekarza. Proszę państwa, tutaj mamy znowu taki problem. Niewątpliwie informatyzacja spowodowała wydłużenie czasu pracy lekarza. To znaczy, kiedy lekarz miał papierową dokumentację, szybciej pracował niż teraz, kiedy ma dokumentację elektroniczną. To jest pewna prawda. Ale z drugiej strony mamy łatwiejszy dostęp do danych. Mamy to, o co państwo też apelują. Jeżeli informatyzacja będzie w pełni rozwinięta i dane pacjenta będą dostępne każdemu lekarzowi w każdej chwili, to będziemy wiedzieli, jakie leki pacjent pobiera, w jakich dawkach i co ostatnio wykupił w aptece, jakie miał badania, itd, itd. Tak że informatyzacja pociągnęła za sobą pewne niewłaściwe działania uboczne, ale też ma to, o co państwo apelują, więc nie da się tego jednoznacznie określić.

O tym, że asystenci lekarzy są w jednostkach prywatnych. Proszę państwa, jeżeli jest szpital, który wydaje 100% pieniędzy na wynagrodzenia, a ma jeszcze zatrudnić asystentów, to proszę go nie porównywać do jednostki prywatnej, która ma miliony zysku i z tych milionów wyda jeszcze 100 tys. zł na asystentów, żeby mieć dodatkowy 1 mln zł zysku. To są inne warunki. Nie mówię, że nie powinno być asystentów. Oczywiście, zawód powinien być odbiurokratyzowany. Ilość dokumentacji jest niewątpliwie za duża. Ale to nie jest tak, że jednostki publiczne są jakoś upośledzone i nie wiedzą, że gdyby zatrudniły 20 ludzi w szpitalu, który ma np. 500 łóżek, dokumentacja będzie szła szybciej. Będzie szła szybciej, tylko że powiększy się dług szpitala, bo takie są realia działalności. Nie można oceniać tego tylko przez ten pryzmat, czy to jest szpital prywatny czy państwowy, tylko przez to, co dany szpital robi, jaką ma wycenę świadczeń i co się w nim dzieje. Dopiero wówczas mamy całokształt spojrzenia na to wszystko.

Jeszcze coś miałem. Aha. Niewątpliwie, jeżeli chodzi o poradnię geriatryczną i o brak chętnych do niej, to też mam takie doświadczenie, ponieważ byłem dyrektorem szpitala, który założył poradnię geriatryczną. Pomimo tego, że wielokrotnie wysyłaliśmy informacje do wszystkich POZ i wszędzie, że jest taka poradnia, żeby przysyłali pacjentów, że poradnia oferuje kompleksową opiekę, badania, wszystko, naprawdę bardzo trudno było skompletować taką liczbę pacjentów, żeby ta poradnia mogła działać w sposób ekonomicznie uzasadniony. Trzeba sobie powiedzieć, że to nie do końca jest tak, że wszyscy czekają na otwarcie tych poradni i będą się tam ustawiać w wielkich kolejkach. To nie do końca tak wygląda. To jest też dosyć ważna rzecz. Dzienne oddziały geriatryczne to bardzo dobry pomysł. To jest coś, co – być może – jest wyjściem z tej bardzo trudnej sytuacji. Szedłbym w tę stronę. Uważam zresztą, że nie tylko dzienne oddziały geriatryczne, ale także inne dzienne oddziały diagnostyczne, również internistyczne czy np. neurologiczne w jakiejś liczbie są bardzo wskazane na danym terenie. To jest na pewno bardzo dobre wyjście w tej sytuacji. Nie chcę się rozwodzić, ale jest bardzo dużo plusów tego rozwiązania.

Tak że pozostawienie pacjenta w domu, w opiece domowej, w jego środowisku, a jednocześnie leczenie i diagnozowanie jest bardzo dobrym wyjściem z sytuacji. Tańszym, zmniejszającym kolejki i przyspieszającym diagnostykę. Jednocześnie ten pacjent nie jest intruzem w oddziale, który z reguły jest oddziałem ostrym. Po prostu ciągle brakuje tam miejsc, trzeba zwalniać łóżka, itd. Jest to niewątpliwie bardzo dobre. Gratuluję, jeżeli już gdzieś się udało przeprowadzić takie rzeczy. Być może jest to droga, którą należy iść. Myślę, że takie oddziały będą miały chętnych i będą miały obłożenie w odróżnieniu od poradni, w których czasami jest to trudno osiągnąć. Tego typu opieka jest być może przyszłością i należy na nią stawiać. To może dzisiaj tyle, pani przewodnicząca. I tak zostałem mocno pociągnięty za język. Tak, że dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo dziękuję. Czy pan dyrektor coś doda, bo tak było zapowiedziane?

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Tak. Na temat – już powiem – bo pani przewodnicząca spytała o zmiany świadczeń ze szpitali do poradni, zapowiadane przez panią minister. Poproszę pana dyrektora o wypowiedź w tym zakresie.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Pytanie było dokładnie takie, czy wiemy, jak to zmieni ten kształt i dlaczego ma to uprościć system. Proszę państwa, przez cały czas zestawiamy ze sobą 3 piętra. Jest podstawowa opieka zdrowotna, która w moim przekonaniu powoli zaczyna się zajmować wypisywaniem skierowań do specjalistów. Jest jeszcze ambulatoryjna opieka specjalistyczna i są szpitale. Czy na pewno nadciśnienie powinno być leczone przez specjalistę kardiologii? Czy na pewno cukrzyca typu drugiego powinna być leczona przez specjalistę diabetologii? To są ludzie, którzy wypełniają kolejki. Aż 40% przyjęć na kardiologii, to jest proste nadciśnienie, które powinno być doprowadzone do tego, że pacjent regularnie przyjymuje leki. Ustawia swoje nadciśnienie i ma je w ryzach. Proszę państwa, jest jedna rzecz, którą chciałbym powiedzieć. Lekarz medycyny rodzinnej to jest specjalista. To nie jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, tylko specjalista, który zajmuje się pacjentem.

Co więcej, to jest lekarz, który wypisuje leki na wszystkie choroby, przedłuża. Prowadzi choroby przewlekłe. Dlaczego uważam, że to wszystko zmieni? Dokonała się prawdziwa rewolucja. Ta rewolucja dokonała się jakieś 2 lata temu. Rewolucja polega na tym, że lekarze dostali budżet na badania, które mogą wykonać pacjentowi poszerzając możliwości diagnostyczne. Do tej pory, żeby diagnozować nawet prostą niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza, rzeczywiście trzeba było kierować pacjenta do hematologa pomimo tego, że wnioski z samych badań mógł wyciągać lekarz medycyny rodzinnej. Teraz ten lekarz dostaje pieniądze. Co więcej, musi wydać te pieniądze na badania. Jeżeli nie wyda ich na badania, to nie zostawia ich w swojej kieszonce. Po raz pierwszy pojawiło się coś takiego, jak limit. Druga rzecz, która się pojawiła i która cieszy się nadspodziewanie dużym wzięciem, to koordynacja choroby przewlekłej na poziomie lekarza rodzinnego. Znacznie prościej to wgląda, jeżeli dajemy odpowiednie narzędzia diagnostyczne, jeżeli taki lekarz układa plan na rok. Jeżeli taki lekarz ma do pomocy tych, o których mówiliśmy, właśnie w aspekcie geriatrii czy pacjentów starszych.

Ma do pomocy dietetyków, edukatorów. Do pomocy ma koordynatora, który to wszystko zepnie i przypilnuje np. terminów badań profilaktycznych. Budujmy prawdziwą podstawową opiekę zdrowotną, bo póki co mamy sieć oddziałów geriatrycznych. Są województwa, w których jest 1 czy 2. Natomiast w tym kraju praktycznie rzecz biorąc nie ma gminy, w której nie ma placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Budujmy porządną podstawową opiekę zdrowotną, bo jeżeli pacjent gdzieś idzie, to idzie właśnie tam. Tam idzie na początku. Czy oddziały geriatryczne? Proszę państwa, oddziałów internistycznych mamy 20 razy więcej, jeżeli chodzi o łóżka, jeżeli chodzi o hospitalizacje, jeżeli chodzi o personel, niż oddziałów geriatrycznych, natomiast 2/3 ich pacjentów spełnia kryteria oddziału geriatrycznego. Nadaje się w tej chwili do przyjęcia na oddział geriatryczny. Czy na pewno chcemy tworzyć drugi, równoległy model, który będzie obok tego?

Swego czasu Najwyższa Izba Kontroli opracowała raport, w którym pokazywała, że pacjent geriatryczny na oddziale geriatrii leży krócej niż na internie. Jest leczony taniej. Dostaje mniej leków i wszystkiego, co jest z tym związane. Nie pokazano tylko jednego. Na oddział geriatryczny przychodzi pacjent ze skierowaniem w stanie stabilnym, żeby mu ustawić leczenie. Na oddział internistyczny pacjenta przywozi karetka. W stanie pogorszenia zdrowia, z niestabilną niewydolnością krążenia, cukrzycą czy chorobą obturacyjną. To są różni pacjenci, więc wyniki będą różne. Ale tak naprawdę trudno będzie stworzyć model, który nagle wchłonie 20 razy więcej pacjentów niż wchłania w tej chwili. To samo jest w POZ i w poradniach geriatrycznych. Pamiętajmy, że w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce leczą w tej chwili specjaliści. Młode pokolenia są coraz lepsze. To są lekarze, którzy sami robią badania USG. Którzy cieszą się z tego, że wchodzi nowy model, bo dzięki temu będą mogli skutecznie leczyć ludzi. I – tak. Uważam, że wprowadzenie tego modelu skróci kolejki, ponieważ najpierw musimy ludzi nauczyć,

że lekarz w ich przychodni to nie jest lekarz od wypisywania skierowań, tylko specjalista, który będzie się nimi opiekował.

Przewodnicząca poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo dziękuję. Bardzo dziękuję, panie ministrze, za obfite przedstawienie programu dla prawie dziesięciomilionowej populacji osób w wieku podeszłym. Mam nadzieję, że to pójdzie w dobrym kierunku. To wszystko bardzo ładnie brzmi w słowach, natomiast w praktyce nie jest tak dobrze. Raczej jest źle i to trzeba zmienić.

Bardzo serdecznie wszystkim państwu dziękuję.

Zamykam posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.